**bei Ehepaaren bitte zwei Formulare ausfüllen**

Anmeldung für:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bitte leer lassen** | Eintrittsdatum: |   |
| Heim: |  |
| Zimmernummer: |  |
| Reserviert ab: |   |

□ Ferienbett □ Fixeintritt

□ ohne Pflege □ leichte Pflege □ schwere Pflege □ Demenz

# *PERSONALIEN*

Name: Vorname:

Adresse: PLZ / Wohnort:

Heimatort: Geburtsdatum:

Zivilstand: Tel.-Nr:

Anzahl Kinder: AHV-Nr.:

Konfession: Schriften in:

Letzter Beruf:

### *KONTAKTPERSONEN*

**Adressen von Angehörigen, Verwandten und Bezugspersonen** (Bitte notieren Sie die Adresse der Angehörigen in der Reihenfolge, in welcher wir bei einem Notfall informieren sollen):

**1. Angehörige/r:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name | Vorname | Adresse / PLZ Ort | Telefon | Verwandtschaftsgrad |
|  |  |  | P: |  |
|  |  |  | G: |  |
|  |  |  | N: |  |
|  |  | Email-Adresse: |

**Weitere Angehörige:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name | Vorname | Adresse / PLZ Ort | Telefon | Verwandtschaftsgrad |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Email-Adresse: |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Email-Adresse: |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | Email-Adresse: |

***RECHNUNGSEMPFÄNGER (wenn nicht identisch mit Gesuchsteller):***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name | Vorname | Adresse / PLZ Ort | Telefon | Verwandtschaftsgrad |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

***BEISTAND / VORMUND:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name | Vorname | Adresse / PLZ Ort | Telefon |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***ÄRZTE:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name | Vorname | Adresse / PLZ Ort | Telefon |
| Hausarzt: |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Zahnarzt: |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Augenarzt: |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Weitere Fachärzte: Welche? |  |  |  |
|  |  |  |  |

***KRANKENKASSE:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name | Adresse / PLZ Ort | Telefon | Mitglied-Nr. |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Versicherungsart: □ **Allgemein\*** □ **Halbprivat\*** □ **Privat\***

**\* Nur für Spitalaufenthalte relevant.**

Zusatzversicherung? Falls ja, welche:

Haftpflicht-Versicherung □ Ja □ Nein

Beziehen Sie Ergänzungsleistung? □ Ja □ Nein Hilflosenentschädigung? □ Ja □ Nein

Ist eine Patientenverfügung vorhanden? □ Ja □ Nein Vorsorgeauftrag? □ Ja □ Nein

Falls ja, bitte eine Kopie beim Eintritt mitnehmen.

Bemerkungen:

Der / Die Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der Angaben und ermächtigt die Heime Kriens / KIG

(Krienser Infostelle Gesundheit) erforderliche Auskünfte beim Spital, beim Arzt und beim Steueramt

einzuholen. Zudem wird mit der Unterschrift bestätigt, dass die angemeldete Person bereit ist,

umgehend in die Heime Kriens einzutreten.

Ort, Datum: Unterschrift:

**Es werden nur komplett und korrekt ausgefüllte Anmeldeformulare akzeptiert!**

#### ANMELDUNG

Sie haben sich **definitiv** für einen Heimeintritt entschieden oder Sie sind aufgrund einer Verschlechterung der Gesundheit **so bald wie möglich auf einen Heimplatz angewiesen.**

Ist der Heimeintritt absehbar, werden Sie von uns umgehend orientiert. Der Eintritt hat danach **innerhalb von maximal 10 Tagen zu erfolgen.** Bei **einer Ablehnung** des Eintrittes wird ihre Anmeldung gelöscht.

Wird der verbindliche Termin vereinbart und der Eintritt nicht eingehalten, wird eine Umtriebspauschale von Fr. 200.-- in Rechnung gestellt.

Haben Sie Fragen zum Heimeintritt? Die KIG Krienser Infostelle Gesundheit gibt Ihnen gerne

weitere Auskünfte.

**Krienser Infostelle Gesundheit,** **Schachenstrasse 9, 6010 Kriens**

**041 329 19 90,** **info@kig-kriens.ch****,** [**www.kig-kriens.ch**](http://www.kig-kriens.ch)